

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931.

N°.....

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

PAUL CHALLE

Mé à Paris le 15 Décembre 1906

**Diagnostic de la Tuberculose
pulmonaire**

dans la première enfance

Président de Thèse : M. le Professeur NOBÉCOURT

ASSOCIATION DU DOCTORAT
18, rue Darcet. — PARIS
1931

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931.

N°.....

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
DIPLOME D'ÉTAT
PAR
PAUL CHALLE

**Diagnostic de la Tuberculose
pulmonaire
dans la première enfance**

Président de Thèse : M. le Professeur NOBÉCOURT

ASSOCIATION DU DOCTORAT
18, rue Darcet. — PARIS
1931

I. — PROFESSEURS

<i>Le Doyen</i>	M. BALTHAZARD.
	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	N.
Physiologie.	N.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.	CLERC.
Pathologie chirurgicale.	LENORMANT.
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	LÉPER.
Hygiène et Médecine préventive.	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée. ..	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie. .	MAURICE VILLARET
	CARNOT.
Clinique médicale.	BEZANCON.
	ACHARD.
	MARCEL LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des ma- ladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphili- tiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	CUNEO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
	CCUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.	BRINDEAU.
	JÉANNIN.
Clinique gynécologie.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopé- die.	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	PIERRE DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose.	LÉON BERNARD.
Professeur sans chaire.	MAUCLAIRE.



II. — AGREGÉS EN EXERCICE

	MM.
Neurologie et Psychiâtrie.	ALAJOUANINE.
Physiologie.	BINET.
Pathologie médicale.	AUBERTIN.
Pathologie médicale.	BENARD HENRI.
Chimie biologique.	SANNIE.
Pathologie chirurgicale.	BROCQ.
Pathologie médicale.	BRULE.
Pathologie chirurgicale.	CADENAT.
Pathologie médicale.	CATHALA.
Pathologie médicale.	CHABROL.
Pathologie médicale.	CHEVALLIER.
Pathologie chirurgicale.	DE GAUDAR D'ALLAINES
Physique.	DOGNON.
Pathologie médicale.	DONZELOT.
Obstétrique.	ECALLE.
Urologie.	FEY.
Pathologie expérimentale.	GARNIER.
Bactériologie.	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale.	GATELLIER.
Histologie.	GIROUD.
Pathologie médicale.	HARVIER.
Anatomie.	HOVELACQUE.
Pathologie médicale.	HUTINEL.
Hygiène.	JOANNON.
Chimie biologique.	LABBE HENRI.
Parasitologie.	LAROCHE GUY.
Oto-rhino-Laryngologie.	LEMAITRE.
Anatomie Pathologique.	HUGUERIEN
Pathologie chirurgicale.	LEVEUF.
Pathologie médicale.	LIAN.
Pharmacologie.	HAZARD.
Pathologie chirurgicale.	MONDOR.
Pathologie médicale.	MOREAU.
Pathologie chirurgicale.	MOULONGUET.
Pathologie chirurgicale.	MOURE.
Histologie.	MULON.
Anatomie Pathologique.	OBERLING.
Anatomie.	OLIVIER.
Médecine légale.	PIEDELIEVRE.
Obstétrique.	PORTES.
Pathologie chirurgicale.	QUENU.
Physiologie.	RICHT Fils.
Dermatologie et syphiligraphie.	SEZARY.
Pathologie médicale.	VALLERY-RADOT.
	(Pasteur).
Obstétrique.	VAUDESCAL.
Ophthalmologie.	VELTER.
Histologie.	VERNE.
Obstétrique.	VIGNES.

III. — AGREGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

	MM.
Pharmacologie.	BUSQUET.
Obstétrique.	GUENIOT.
Anatomie Pathologique	LEQUEUX.
Parasitologie.	ERROUX.
Histologie	NEVEU-LEMAIRE.
Physique.	RETTERRER.
	ZIMMERN.

IV. — AGREGÉS CHARGÉS DE COURS

DE CLINIQUE

(ANNEXE)

A TITRE PERMANENT

	MM.
Clinique médicale.	ABRAMI.
	CHIRAY.
	DEBRE.
	DUVOIR.
	FIESSIGNER.
	LAIGNEL-LAVASTINE
	CHEVASSU.
	BASSET.
	HEITZ-BOYER.
Clinique chirurgicale.	MATHIEU.
	MOCQUOT.
	PROUST.
	SCHWARTZ.
Clinique obstétricale	LE LORIER.
	LEVY-SOLAL.

V. — CHARGÉS DE COURS.

	MM.
Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.	MAUCLAIRE, professeur sans chaire.
Stomatologie.	FREY.
Education physique.	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique.	LEDoux-LEBARD.
Puériculture.	WEILL-HALLE.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
DOCTEUR LÉON CHALLE

A MA MÈRE,

A MES BEAUX-PARENTS,

A MA FEMME,

A MES FRÈRES ET SŒURS,

En témoignage de profonde affection.

AUX MIENS,

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551608_0073

A MONSIEUR LE PROFESSEUR NOBECOURT

Professeur de Clinique Médicale infantile,
Médecin de l'Hôpital des Enfants Malades,
Membre de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'Honneur.

*Qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.*

Hommages reconnaissants.

A MONSIEUR LE DOCTEUR APERT
Médecin de l'Hôpital des Enfants Malades,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

*Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse
et a été pour nous le plus bienveillant des
maîtres.*

En témoignage de notre vive gratitude.

1926-1927 M. LE PROFESSEUR WIDAL (in memorian).

M. LE PROFESSEUR DUVAL.

1927-1928 M. LE DOCTEUR HALBRON;

M. LE PROFESSEUR CHEVASOU.

1928-1929 M. LE PROFESSEUR HUDELO ;

M. LE DOCTEUR COURCOUT.

1929-1930 M. LE DOCTEUR BOLACK ;

M. LE DOCTEUR APERT.

1930-1931 M. LE PROFESSEUR BABONNEIX.

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ

A MON AMI, DOCTEUR J. MOUSSOIR,
Chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Paris

*Dont les conseils me furent toujours si
précieux pendant mes études médicales.*

INTRODUCTION

Contrairement à la phtisie de l'adulte, la localisation de l'infection tuberculeuse chez l'enfant jeune est de connaissance très récente et il ne semble pas que la clarté soit encore faite sur tous les aspect cliniques qu'elle peut réaliser.

Au début du siècle dernier, Tonnelé et Papavoine ont consacré une étude à la phtisie pulmonaire du premier âge, mais il ne semble pas que ces auteurs en aient vu tous les aspects. Landouzy, soixante-dix ans plus tard étudie les lésions tuberculeuses pulmonaires des nourrissons au point de vue anatomique. Maintenant que nous commençons à connaître la symptomatologie fruste et parfois réduite à néant, de la tuberculose pulmonaire du jeune enfant, nous comprenons que la clinique seule était incapable d'en découvrir toutes les manifestations. Ce n'est donc qu'à la suite du développement des procédés de laboratoire qu'on a pu aborder cette étude avec quelque fruit. Jusque vers 1910 on ne connaissait de la tuberculose infantile que les granulies et les bron-

chopneumonies à évolution très rapide aboutissant à la mort dans 100 p. 100 des cas. L'opinion classique sur la tuberculose pulmonaire du premier âge peut donc être formulée de la façon suivante : La tuberculose localisée au niveau des poumons pendant la première enfance, revêt une forme aigue, rapidement et fatalement mortelle. En dehors de cette forme aigue, la tuberculose pulmonaire passe généralement inaperçue; elle est constituée par le chancre d'inoculation évoluant vers la cicatrisation.

Deux dates sont à retenir dans l'évolution des idées en matière de tuberculose infantile : la découverte, en 1907, de la cuti-réaction à la tuberculine par Von Pirquet et l'application de la radiologie au diagnostic de la tuberculose des nourrissons par Ribadeau-Dumas, en 1913. A partir de ce moment un nombre important de travaux ont été effectués à l'aide de ces deux moyens diagnostiques précieux qui sont, la cuti-réaction et la radiographie. Ces études ont abouti à une remaniement très complet de toute l'histoire de la tuberculose pulmonaire de la première enfance. Ce remaniement est encore loin d'être terminé et il est difficile d'en tirer des conclusions. Nous pouvons, néanmoins, affirmer que la tuberculose pulmonaire est beaucoup plus fréquente dans la première enfance qu'on ne le pensait autrefois; que

ses manifestations cliniques sont extrêmement polymorphes; et enfin que son pronostic est loin d'avoir la fatalité inexorable qu'on lui attribuait autrefois.

Mais là n'est pas le sujet de notre travail. Nous nous bornerons dans ce modeste exposé à étudier les moyens d'investigation que l'on doit actuellement mettre en œuvre pour dépister les localisations pulmonaires tuberculeuses de la première enfance. Nous nous abstiendrons de tirer de cette étude purement diagnostique, toute conclusion nosologique ou touchant la pathologie générale.

C'est cette tendance à la théorie qui a faussé jusqu'ici bon nombre de recherches concernant la tuberculose de l'enfant. Nous nous limiterons à l'exposé des faits, à la description des manifestations et à leur interprétation diagnostique. Ce que nous entreprendrons ici, a donc essentiellement un but pratique : montrer les moyens que nous possédons actuellement pour diagnostiquer la tuberculose pulmonaire chez le jeune enfant et apprécier la juste valeur de chacun de ces moyens. Il s'agit donc là de questions qui se posent dans la pratique pédiatrique journalière. Leur solution est de toute urgence, indépendamment des hypothèses de pathologie auxquelles les faits peuvent donner lieu.

Nous suivrons dans notre exposé l'ordre suivant :

Dans le premier chapitre, nous montrerons brièvement les éléments de l'examen clinique qui peuvent avoir de l'importance pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire. Nous serons très brefs sur cette partie clinique, car on sait combien trompeurs et incertains sont les données de l'examen dans ces cas-là chez le jeune enfant.

Dans le second chapitre nous insisterons sur l'étude des antécédents du petit malade. Certains auteurs placent l'enquête familiale au premier plan du diagnostic de la tuberculose infantile.

Nous consacrerons le troisième chapitre aux moyens de diagnostic bactériologique et sérologique dont certains ont des partisans convaincus parmi les phthisiologistes français. Nous insisterons, bien entendu, surtout sur la recherche du bacille de Koch dans l'expectoration directement ou après tubage gastrique.

Nous mettons tout à fait à part la cuti-réaction à la tuberculine que nous étudions avec ses succédanés dans le quatrième chapitre. A la suite de l'opinion de nombreux auteurs, et en particulier de M. Apert, nous pensons que la réaction de Von Pirquet donne de loin les meilleurs résultats au point de vue du diagnostic de la tuberculose de la première enfance.

Ses résultats doivent être contrôlés, pour vérifier la localisation de l'infection au niveau du poumon, au moyen de la radiologie. Là encore, nous insisterons à la suite d'un grand nombre d'auteurs, sur l'absolue nécessité de pratiquer des radiographies et ne pas se contenter du résultat souvent négatif d'une simple radioscopie. (Chap. V.)

Il nous semble donc que les éléments les plus importants que les procédés d'investigation actuels nous fournissent pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire de la première enfance, sont d'une part la cuti-réaction qui renseigne sur la nature tuberculeuse de l'amection, et d'autre part la radiographie qui en montre la localisation, l'étendue et qui permet d'en suivre l'évolution sur des clichés successifs.

Dans un dernier chapitre, enfin, nous montrerons quelques cas dans lesquels se présente le problème diagnostique de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant. A ce propos, nous insisterons sur quelques diagnostics différentiels, en choisissant parmi les plus difficiles...

Nous présentons, à l'appui de notre thèse quelques observations, parmi les plus typiques que l'obligeance de notre Maître, Monsieur le Dr. Apert nous a permis de publier. Nous sommes heureux de pouvoir l'en remercier ici.

I

LES ELEMENTS CLINIQUES DU DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE CHEZ LE JEUNE ENFANT

Sans nous engager dans une discussion sur la valeur comparative de la clinique et du laboratoire en matière de diagnostic, nous pouvons dire dès l'abord que l'on doit attendre très peu de l'examen clinique chez un enfant qu'un présume atteint de tuberculose pulmonaire. C'est, du moins, l'avis unanime de tous les auteurs modernes. Ni les éléments tirés de l'état général, ni ceux que fournit l'auscultation et la percussion thoracique, ne sont constants ou caractéristiques d'un foyer tuberculeux pulmonaire. Il serait néanmoins injuste de négliger complètement l'examen de l'enfant, car d'importantes présomptions peuvent être tirées de son état général et pulmonaire. Quand cells-ci sont complètement négatives, mais, si d'autres raisons (par exemple, contagion familiale) permettent de soupçonner une atteinte tuberculeuse, il faut continuer l'investigation par d'autres moyens.

D'un autre côté, si l'examen clinique fournit des éléments, il est de toute nécessité de les vérifier par la cuti-réaction de la radiographie. On ne saurait s'entourer d'assez de précautions pour porter un diagnostic aussi important que celui de la tuberculose pulmonaire.

Voyons d'abord les « manifestations générales ». Nul ne conteste que la baisse de poids, l'existence d'un état fébrile plus ou moins prononcé, ne soient des éléments d'une importance primordiale pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire. Dans nos observations presque tous les enfants ont présenté des signes généraux, et c'est précisément grâce à ceux-ci que les parents inquiets appellent le médecin. Faut-il de là conclure qu'il n'y a pas de tuberculose pulmonaire infantile sans atteinte de l'état général? Certes, non. Notre observation n° VI montre un enfant atteint d'une lésion pulmonaire tuberculeuse très importante, comme l'atteste le cliché radiographique, avec condensation de tout un lobe; sans cependant que le petit malade présente la moindre élévation thermique ou la plus petite perte de poids. Les cas analogues à celui-ci sont très nombreux au dire de tous les auteurs. Il est surtout des cas où, après un court épisode fébrile, passé inaperçu ou attribué à une cause banale, tout rentre dans l'ordre : le courbe de poids reste stationnaire, la température est normale, l'état général semble bon; alors que la

lésion pulmonaire continue à évoluer ne s'extériorisant par aucun signe clinique. On est alors étonné de trouver à la radiographie de grosses lésions absolument insoupçonnées. On peut donc dire que « l'absence de manifestations générales ne doit en aucun cas faire éliminer le diagnostic de tuberculose pulmonaire ».

On peut en dire autant et plus des « signes fonctionnels ». Si la toux, la dyspnée peuvent exister, elles font beaucoup plus souvent défaut et n'apparaissent qu'à un moment de l'évolution où le diagnostic n'a plus la même importance qu'auparavant. Au cas où les manifestations fonctionnelles existent, elles se présentent généralement avec des caractères d'une telle banalité qu'on pense plutôt à toute autre chose qu'à une tuberculose pulmonaire. Nous n'y insistons pas davantage.

Les « symptômes physiques » méritent plus d'attention. Malgré leurs caractères inconstants, malgré la difficulté de leur interprétation, il est très utile de les connaître. Il y a là un point de vue pratique auquel, à notre avis, on ne pense pas assez. Dans les dispensaires, dans les consultations d'hôpitaux il est facile de passer tous les enfants à la radioscopie et leur faire faire un cliché. Il n'en est pas de même dans la pratique journalière du médecin de quartier ou du médecin de campagne. Les conditions actuelles ne permettent pas encore à ces derniers de pratiquer

un examen radiologique de tous les enfants qui se présentent à sa consultation. Il n'a le plus souvent qu'un seul moyen: l'examen pulmonaire par la percussion et l'auscultation. Au cas où ces moyens d'investigation lui montrent des éléments de suspicion, son devoir est de poursuivre l'examen par des méthodes plus sûres; mais en attendant, dans la plupart des cas, il se base à ce que lui fournit l'examen direct. Nous ne contestons pas l'insuffisance de celui-ci. Nous nous bornons de constater les faits, tels qu'ils sont encore dans la pratique courante.

On peut objecter à l'examen clinique des poumons deux ordres de causes d'erreurs; la difficulté de cet examen chez le jeune enfant et l'incertitude de l'interprétation des signes que l'on trouve. Chez l'enfant du premier âge, dit M. Apert, « la respiration est courte, superficielle, peu profonde, même dans les meilleures conditions, quand l'enfant, ni effrayé, ni ému, reste calme et continue à respirer normalement. On n'entend alors que les grosses modifications respiratoires, les gros bruits bronchiques, mais nullement les altérations possibles du murmure respiratoire.

Quand on connaît la difficulté de l'auscultation dans la tuberculose pulmonaire, même chez l'adulte docile, respirant d'une façon calme et profonde, on comprend la difficulté encore plus grande chez le jeune enfant. En admettant que l'on obtienne, à force

de patience, quelques respirations profondes qu'est-ce que l'on peut entendre.

On peut parfois entendre (surtout si l'enfant, après des cris, s'arrête pour reprendre haleine, ce qui lui fait faire une grande inspiration), des bruits fins, ou un timbre soufflant, mais rien ne permet d'attribuer à ces modifications une signification au point de vue tuberculose ».

Quand on connaît la difficulté de l'auscultation dans la tuberculose pulmonaire, même chez l'adulte docile, respirant d'une façon calme et profonde, on comprend la difficulté encore plus grande chez le jeune enfant. En admettant que l'on obtienne, à force de patience, quelques respirations profondes qu'est-ce que l'on peut entendre.

En effet, que ce soient des modifications du murmure vésiculaire, des râles de bronchite ou des râles humides, des souffles à n'importe quel timbre; rien ne permet de soupçonner la nature tuberculeuse de l'atteinte pulmonaire. Les caractères des bruits sont banaux, comme il en existe dans la bronchite ou dans la bronchopneumonie; leur localisation est quelconque, est généralement diffuse. « La localisation des bruits au sommet, qui chez l'adulte est une forte présomption en faveur de la tuberculose, est exceptionnelle chez l'enfant et n'a chez lui aucune importance pour déduire la nature des lésions » (Apert).

Quant à la percussion, ce moyen est encore plus grossier que l'auscultation, et il faut des lésions superficielles et très étendues pour qu'elle fournisse des signes. Elle peut servir néanmoins dans les lobites qui semblent très fréquentes chez le jeune enfant.

La recherche des adénopathies ne doit pas non plus être négligée. En particulier l'existence de ganglions un peu gros, un peu mou dans une aisselle est l'indice d'une inflammation presque certaine des ganglions trachéobronchiques du même côté.

Dans nos observations, l'examen clinique n'a donné que des signes de peu de valeur, permettant simplement de dire qu'il y a une lésion pulmonaire, mais dont la nature a dû être décelée par d'autre méthodes d'examen. Il nous semble donc qu'on peut conclure que l'examen physique chez les jeunes enfants ne donne aucun signe direct de tuberculose pulmonaire; il permet de dire assez souvent qu'il existe une atteinte pulmonaire. La constatation de celle-ci doit immédiatement faire pratiquer les examens complémentaires.

Au point de vue pratique, il nous semble qu'on ne saurait assez recommander l'examen très soigneux des poumons qui constituent la première étape du dépistage de la tuberculose pulmonaire. Quand cet examen est négatif, et quand il y a d'autres raisons pour soupçonner une tuberculose pulmonaire, il est indispensable de persévérer et avoir recours à d'autres moyens que nous aborderons plus loin.

II

LES DONNEES DE L'ENQUETE FAMILIALE POUR LE DIAGNOSTIC

L'importance de l'enquête semble avoir une importance primordiale pour la majorité des auteurs. M. Armand Delille, MM. Léon Bernard et Debré, attribuent aux données de celle-ci beaucoup plus de valeur qu'à celles de l'examen clinique de l'enfant. Il est incontestable qu'avec l'organisation actuelle des dispensaires cette enquête devient facile et fournit très souvent des éléments permettant de soupçonner la tuberculose dans les cas où l'examen de l'enfant a été négatif.

Il est nécessaire de distinguer deux cas. D'abord, supposons que l'enquête a pu trouver dans l'entourage de l'enfant des tuberculeux susceptibles de le contaminer. Il est évident que dans ce premier cas tous les moyens diagnostiques doivent être mis en œuvre pour découvrir chez cet enfant des preuves d'une tuberculose évolutive. Du reste, la conduite à

tenir est la même dans tous les cas: l'isolement de l'enfant de la source de la contagion.

Dans un deuxième cas, l'enquête n'a montré aucune source bacillifère. Faut-il pour cela écarter la possibilité d'une tuberculose pulmonaire chez l'enfant? Pour qui connaît l'extrême latence de la tuberculose chez l'adulte, la réponse n'est pas douteuse. On n'a pas le droit d'éliminer le diagnostic de tuberculose pulmonaire, si l'enquête familiale n'a pu mettre en évidence la source de l'infection.

Tout dépend évidemment de la valeur de cette enquête. Des progrès notables ont été réalisés ces derniers temps à ce point de vue; mais les résultats sont encore loin d'être parfaits. En reprenant, là encore le point de vue du médecin praticien, nous sommes obligés de constater que sa situation n'est pas toujours aussi aisée que celle du médecin de dispensaire. Dans un grand nombre de cas l'entourage de l'enfant est inconnu pour le médecin; quand il connaît celui-ci, il n'est pas certain qu'il puisse toujours y découvrir un cracheur de bacilles latent. Quand on sait combien sont fréquentes les tuberculoses fibreuses chez des sujets présentant tous les attributs d'une bonne santé apparente, on comprend toute la difficulté de cette enquête. D'autre part, le médecin de campagne n'a pas la possibilité de pratiquer des examens radiologiques et bactériologiques de tous les membres de la famille. Il est heureux en-

core quand ceux-ci sont possibles pour l'enfant en question.

Nous pouvons donc dire, que l'enquête dans la famille et dans l'entourage a une valeur énorme, quand elle est positive. Tout enfant vivant en promiscuité avec des sujets qui éliminent des bacilles de Koch est suspect de tuberculose. On doit chez lui mettre en œuvre tous les procédés d'investigation pour confirmer cette suspicion. Mais, si l'enquête est négative, même dans les meilleures conditions (dispensaire, visiteuses sociales, etc.), le diagnostic de tuberculose pulmonaire ne doit pas être rejeté systématiquement. A plus forte raison, cette enquête n'a qu'une valeur tout à fait relative quand elle est faite dans des conditions défectueuses, comme cela arrive dans la pratique quotidienne à la campagne et même dans les villes.

Parmi nos observations, recueillies cependant en milieu hospitalier, une seule permet de retrouver dans la famille du petit malade la source de la contagion. Dans toutes les autres les antécédents familiaux ne donnent aucun renseignement. Il est évident qu'on ne peut conclure de ces dix cas que nous présentons. Nous y insistons uniquement pour montrer que la négativité de l'enquête ne permet de préjuger de l'état d'imprégnation tuberculeuse de l'enfant. Nous avons, pour apprécier celui-ci, des moyens plus sûrs.

*METHODES BACTERIOLOGIQUES
ET SEROLOGIQUES*

A partir de ce chapitre nous entrons dans un domaine plus sûr. Il s'agit là de méthodes qui ne fournissent plus des symptômes plus ou moins pathognomoniques, mais qui sont censées de donner des tests, les uns de la présence du bacille de Koch dans l'organisme, les autres de sa localisation.

Dans ce chapitre nous n'envisageons que les réactions sérologiques d'une part, sur lesquelles nous ne pouvons insister, les recherches directes du bacille tuberculeux d'autre part. Cette dernière méthode serait pour beaucoup d'auteurs le procédé de choix, mais pour d'autres l'exécution pratique de cette recherche rencontre de telles difficultés qu'elle ne peut guère entrer dans la pratique courante.

Les « réactions » sérologiques semblent nettement inférieures à la cuti-réaction. La réaction de déviation du complément donne les mêmes résultats que le test de Von Pirquet, mais son exécution techni-

que est beaucoup plus compliquée et sujette à des causes d'erreur. Peut-on attendre plus de la réaction de Vernes, nous ne pouvons le dire à l'heure actuelle. Il nous semble que chez l'enfant toutes les réactions sérologiques n'ont qu'un intérêt très limité.

La « recherche du bacille de Koch » chez l'enfant rencontre une difficulté fondamentale par le fait que l'enfant ne crache pas. « Quelquefois pourtant, dit M. Apert, un heureux hasard vous procurera un crachat; en examinant la gorge de l'enfant, la présence de l'abaisse-langue provoquera une secousse de toux et un crachat sera projeté, que vous cueillerez précieusement du bout de l'abaisse-langue : Il ne faut cependant pas compter sur cette éventualité exceptionnelle. Divers auteurs ont donc imaginé des procédés qui permettraient de retrouver les bacilles de Koch déglutis par l'enfant.

Le premier procédé préconisé fût la recherche du bacille dans les selles. Deux objections importantes diminuent beaucoup la valeur de cette méthode. Tout d'abord la difficulté de rechercher le bacille dans les matières fécales; ils peuvent être en petit nombre et alors on comprend que leur recherche dans les fèces peut être souvent négative; si l'on y ajoute l'existence dans ses selles de bacilles acido-résistants toujours difficiles à distinguer du bacille

de Koch, on conçoit le peu de valeur des résultats que ceux-ci soient positifs ou négatifs.

Une autre objection contre cette méthode est l'absence de valeur localisatrice. La constatation de bacilles de Koch dans les selles ne prouve nullement que l'enfant est atteint de tuberculose pulmonaire. La localisation du bacille peut être intestinale ou sa présence même accidentelle. Ces deux objections font que la recherche du bacille de Koch dans les selles des enfants qu'on présume atteint de tuberculose pulmonaire est à peu près complètement abandonnée aujourd'hui.

La méthode proposée par Meunier en 1898, consiste en une recherche du bacille dans le liquide gastrique retiré par tubage. Cette méthode, perfectionnée par Armand-Delille et Vibert, semble être pour ces auteurs, le procédé diagnostic de choix pour la tuberculose pulmonaire de l'enfant. Ces auteurs emploient la technique suivante: le liquide est recueilli par tubage gastrique, le matin à jeun afin d'obtenir un liquide exempt de résidus alimentaires. Après centrifugation et homogénéisation, l'examen bactériologique y décèlerait le bacille de Koch dans 45 pour cent des cas de tuberculose pulmonaire. Parfois il serait nécessaire de répéter l'examen à plusieurs reprises.

On a objecté à cette méthode la difficulté de son exécution. Les auteurs qui l'ont préconisée, préten-

dent que le tubage gastrique présente chez l'enfant moins de difficultés que chez l'adulte. Il faut néanmoins faire remarquer que le danger des fausses routes, l'indocilité des jeunes enfants qui ont certainement été la cause que ce procédé n'a pu pénétrer dans la pratique courante. Nous ne pensons pas qu'on puisse se prononcer actuellement sur sa valeur. Nous n'y insistons pas plus longuement, étant donné qu'à notre avis il existe actuellement un procédé simple, pratique, exempt de tout danger qui donne, chez l'enfant jeune, des résultats presque aussi sûrs que la recherche du bacille. Nous voulons parler de la cutiréaction et de ses diverses modalités qui feront l'objet du chapitre suivant.

LA CUTI-REACTION ET SES SUCCEDANES

La découverte de la cuti-réaction par Von Pirquet a complètement modifié la conception de la tuberculose du premier âge. Alors que jusque là on admettait que la tuberculose était mortelle dans 100 pour 100 des cas jusqu'à l'âge de deux ans; après 1907 on voit les statistiques s'améliorer progressivement. D'après la statistique de Ribadeau-Dumasnen 1923, la mortalité par tuberculose pulmonaire est de 86,49 pour cent jusqu'à un an, de 10,81 pour cent entre un an et deux ans, de 2,70 pour cent de deux à trois ans. Il est probable qu'avec la diffusion des moyens d'investigations modernes, la statistique ira encore en s'améliorant. Le principe de la cuti-réaction est le même que celui du phénomène de Koch: un sujet qui a déjà été attaqué par le bacille de Koch réagit différemment à la tuberculine qu'un sujet neuf. Il s'agit somme toute d'une réaction allergique. Nous ne discuterons pas le point de vue théorique de la question. Nous exposerons seulement les points pra-

tiques concernant la technique, l'interprétation des résultats et la valeur de la réaction.

La technique de la cuti-réaction proprement dite est la suivante: On pratique au niveau de la région deltoïdienne deux scarifications linéaires de 3 à 4 millimètres de longueur. On a bien soin d'éviter le saignement. On garde la scarification supérieure comme témoin et on dépose sur l'inférieure une goutte de tuberculine brute de l'Institut de Pasteur.

L'interprétation des résultats doit se faire dans la règle 24 heures plus tard. En cas de réaction négative, les deux scarifications doivent avoir exactement le même aspect. Nous n'y insistons pas. Les résultats positifs sont de différentes sortes: réaction érythémateuse avec petite papule surélevée, rosée entourée d'une auréole plus pâle; réaction papuleuse encore plus caractéristique avec surélévation marquée et plus étendue; réaction vésiculeuse plus rare pouvant aller jusqu'à la formation d'un phlyctène; enfin exceptionnellement réaction escharrotique.

Quelle que soit la forme de la réaction, elle a de la valeur, si elle présente les trois caractères essentiels: rougeur, surélévation, induration (Turquety). Il y a encore des modalités évolutives: réactions précoces et réactions tardives qui ne surviennent qu'au bout de 5 à 6 jours. La réaction persiste en moyenne 2 à 3 jours, parfois plus. Il est néanmoins indispensable

de lire le résultat au plus tard 48 heures après la réaction.

Quand la cuti-réaction est positive, elle indique que le sujet héberge dans son organisme des bacilles de Koch. Cette extrême sensibilité de la réaction la rend sans valeur chez l'adulte où elle est à peu près constamment positive. On admet généralement que jusqu'à deux ans la cuti-réaction est toujours l'indice d'une tuberculose en évolution. Dans les cas que nous avons en vue dans le présent travail, la cuti-réaction présente donc une valeur à peu près absolue quant à la nature du foyer tuberculeux. Nous pouvons dire qu'une cuti-réaction positive, dans la première enfance est un indice certain de tuberculose évolutive.

Quand elle est négative, la question est beaucoup plus discutée. Il y a des cas incontestables de tuberculose évolutive où la cutiréaction est franchement négative. Il semble, en effet, que plusieurs causes peuvent déterminer cette négativité.

Tout d'abord, l'existence d'une phase antéallergique. On sait que la cuti-réaction ne devient pas immédiatement positive au moment de la pénétration du bacille dans l'organisme. Il y a une période de durée variable (aux environs de 3 à 4 mois) pendant laquelle le malade tout en étant tuberculeux, présente une cutiréaction négative. L'existence de cette phase anté-allergique a une grosse importance pra-

tique. Elle nécessite dans un certain nombre de cas la répétition de la réaction jusqu'au moment où celle-ci devient positive. Comme une seule réaction suffit pour affirmer l'existence de la tuberculose, elle conserve, malgré tout sa valeur.

L'extension du processus tuberculeux et sa généralisation semblent, dans un certain nombre de cas, provoquer une extinction de la réaction allergique. M. Apert affirme qu'en employant la tuberculine brute, au lieu de se servir de la tuberculine diluée au centième, cette éventualité est exceptionnelle. C'est l'avis de Turquétty qui n'a jamais constaté de réaction dans les granulies. La négativité, par contre, serait fréquente, pour cet auteur, dans les extensions locales importants du processus tuberculeux surtout pulmonaire. Il semble, somme toute, que c'est l'état général ahectique et non pas la généralisation du processus tuberculeux qui est le facteur de la négativité.

En dehors de la cachexie, des affections dites anergisantes peuvent, pour un certain temps, faire disparaître la cuti-réaction. Parmi ces maladies, nous citerons la rougeole, la coqueluche, la grippe, la pneumonie, etc.

En résumé, il semble donc que les causes de négativité de la cutiréaction sont en dehors de la tuberculose elle-même et résident dans l'état général du sujet,

En dehors de la cuti-réaction proprement dite, un certain nombre d'autres procédés ont été préconisés; basés sur le même principe, mais utilisant d'autres voies pour l'introduction de la tuberculine. Nous n'insisterons pas sur les ophtalmo, rhino, uréthro et vagino-réactions. Pratiquement elles ont été abandonnées. Nous dirons un mot de l'intradermo-réaction qui semble plus sensible que la cuti-réaction; néanmoins, pour la majorité des auteurs français (Debré, Marfan, Nobécourt), la cuti-réaction est suffisamment sensible pour les besoins de la clinique. Elle présente quelque utilité dans un seul cas; quand l'enfant a été vacciné au moyen du B. C. G. Dans ces cas la cuti-réaction peut être négative, alors que l'intradermo-réaction se montre positive. D'une façon générale, l'intradermo-réaction doit être pratiquée dans les cas où malgré une forte suspicion en faveur de la tuberculose, la cuti est négative (Armand-Delille). Son exécution doit être extrêmement prudente, car on a signalé des accidents graves, voir même mortels à la suite d'un intradermo-réaction mal faite (Comby).

La cuti-réaction et ses variantes renseignent donc de l'existence d'une tuberculose, mais les renseignements se bornent à cette donnée. « Une réaction positive veut donc dire atteinte tuberculeuse, mais ne permet pas de penser que c'est le poumon qui est atteint. Elle ne nous dit rien sur la localisation pul-

monaire ou non, de la tuberculose. C'est la radio, qui, combinée à la cuti, va nous renseigner » (Apert).

*LA RADIOLOGIE DANS LA TUBERCULOSE
PULMONAIRE
DE LA PREMIERE ENFANCE*

Peut être plus encore que la réaction de Von Pirquet, la radiologie a contribué à la connaissance de la tuberculose pulmonaire de l'enfance. Avant l'ère radiologique toutes les localisations hilaires qui forment la majeure partie de ces tuberculoses étaient inconnues. Pendant longtemps l'interprétation des images hilaires est restée hésitante. De la Camp en 1907 interprète les élargissements du hile, comme des images normaux; Sturtz les attribue à des infiltrations lymphangitiques péribronchiques; Rider croit à des lésions hilaires pulmonaires. Plus tard, Ribadeau-Dumas s'allie également à cette façon de voir. D'une façon générale, il semble que la tendance actuelle est de diminuer de plus en plus le domaine de l'adénopathie trachéo-bronchique pure. Certains images, autrefois considérées comme caractéristiques de l'adénopathie trachéobronchique sont con-

sidérées, à la suite de Delherm et Chaperon, comme des ramifications bronchovasculaires normales; d'autres comme dénotant une participation du parenchyme pulmonaire. Il s'agit, pour la majorité des auteurs modernes, de tuberculose ganglio-pulmonaire dans le plus grand nombre des cas (Léon Bernard, Nobécourt, Armand-Delille). Sans nous engager dans la discussion qui est encore loin d'être close, nous classerons les images de la façon suivante, à la suite de M. Apert :

1° GRANULIE. — La valeur de la radiographie pour le diagnostic de la granulie est maintenant classique. Si l'on n'a en vue que la granulie aiguë, la valeur diagnostique de l'image radiographique est déjà considérable. Mais on sait actuellement que la granulie peut, tout au moins à son début, avoir un aspect clinique tout à fait banal sans grands signes généraux ni pulmonaires. Dans ces cas, rien, en dehors de la radiographie, ne permet d'en faire le diagnostic. Nous citons ici, d'après Delherm et Laquerrière, les principales caractéristiques de cette image : « Sur une partie du poumon, sur tout un poumon, sur les deux poumons, on constate des petits grains, de taille variable allant du diamètre d'une tête d'épingle à celui d'un petit confetti, saupoudrant le parenchyme pulmonaire; leur opacité est tantôt si faible qu'elle est presque nulle, tantôt beaucoup plus accentuée ».

Cette image si caractéristique peut cependant être simulée par des foyers bronchopneumoniques banaux ou tuberculeux (Obs. III). Dans le premier cas la cuti-réaction redressera le diagnostic, dans le 2ème les conséquences de l'erreur sont moindres.

2° LOBITE. — C'est une forme très fréquente de la tuberculose pulmonaire dans l'enfance, depuis la pneumonie caséeuse jusqu'aux lobites curables. Leur aspect radiologique ressemble beaucoup à celle de la pneumonie banale: opacité de tout un lobe. Pour M. Apert la distinction pourrait se faire à l'aide de l'atteinte du hile, constante dans la tuberculose. Delherm et Laquerrière donnent comme caractères importants l'hétérogénéité de l'ombre et ses limites diffuses. La cuti là encore servira pour compléter le diagnostic.

3° TYPE BRONCHOPNEUMONIQUE. — Se distingue de la bronchopneumonie banale par l'existence d'ombres ganglionnaires et par des pommelures généralisées aux deux poumons.

4° TYPE GANGLIO-PULMONAIRE. — Ce sont certainement les cas les plus fréquents, mais encore mal connus et l'interprétation des images est très difficile. Plus encore que dans les cas précédents, la radiographie est indispensable pour poser un diagnostic exact, La radioscopie ne saurait suffire.

Méry, Détré et Desmoulins distinguent trois aspects successifs: 1er degré: Simule élargissement du hile. L'interprétation est très difficile: s'agit-il d'une image normale, de simples adénopathies ou déjà d'une atteinte du parenchyme. La nature tuberculeuse a toujours besoin d'être vérifiée en présence d'une telle image. Rist l'aurait constatée chez des enfants à cuti-négative à la suite de rougeole ou de coqueluche.

2ème degré. — Ombres hilaires larges et floues, tendant à fuser vers le pédicule inférieur à droite et vers le pédicule supérieur à gauche. Il existe là déjà un élément important, c'est le caractère mal limité et flou de l'ombre que les auteurs qualifient d'« empâtement ». Dans ces cas, la tuberculose est très probable.

3ème degré. — Tendance vers la guérison avec ombres nettement limitées très opaques avec un petit rideau pleural.

L'évolution est loin de parcourir d'une façon constante cette dernière étape. Dans un certain nombre de cas, au lieu de se limiter, le processus s'étend. Il y a d'abord un petit prolongement vers une scissure, puis tout l'interlobe est opaque. Enfin le lobe sus ou sous-jacent se trouve pris.

L'interprétation de telles images est loin d'être toujours facile. Même sur de bonnes radiographies, on ne peut toujours préciser la participation du paren-

chyme au processus. La nature tuberculeuse ne peut être fixée par la seule image radiologique, il faut toujours y adjoindre la cuti. Il reste encore une hypothèse: la coïncidence de lésions pulmonaires banales chez un enfant atteint de la tuberculose par ailleurs.

Il faut savoir que l'évolution favorable d'une affection pulmonaire chez le jeune enfant ne doit pas faire écarter le diagnostic de tuberculose. M. Apert a eu l'occasion de constater que les ombres de pneumopathie banale évoluant vers la guérison correspondaient bien à des atteintes tuberculeuses.

La radiologie a donc modifié complètement nos idées sur la tuberculose du jeune enfant quant à sa fréquence et quant à son pronostic. Il nous semble nécessaire d'insister particulièrement sur la nécessité des radiographies et sur l'insuffisance des renseignements que donne la radioscopie. Pour suivre l'évolution de la lésion pulmonaire et parfois pour préciser l'atteinte du parenchyme, il est indispensable de faire des radiographies en série permettant une étude comparative à des stades divers de l'évolution.

*DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL
DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE
DU JEUNE ENFANT*

Nous avons tenu à résumer en dernier lieu les cas pratiques dans lesquels se présente le diagnostic de la tuberculose pulmonaire dans la première enfance et les problèmes qu'elle peut poser.

Dans une première série de cas, le diagnostic est relativement facile. Il s'agit d'enfants qu'on amène parce qu'il y a dans la famille un tuberculeux, parce que l'enfant est né de parents bacillaires. Il est évident que dans ces cas, tous les moyens d'investigations doivent être mis en œuvre pour dépister la tuberculose. Que l'enfant en présente des signes ou non, l'isolement dans ces cas-là est de rigueur.

Dans une seconde série l'enfant présente un état général déficient. « Peut-être une mauvaise hygiène alimentaire, une mauvaise alimentation en sont-elles la cause? Peut-être y a-t-il quelque influence nocive

de syphilis héréditaire? Ou bien s'agit-il d'un début de tuberculose? » (Apert). Ces cas sont d'une extrême difficulté. Quand on sait la fréquence de ces états, on conçoit que les moyens diagnostiques qui permettent de dépister la tuberculose de l'enfant doivent être faciles à pratiquer et peu coûteux. Sans ces conditions on ne pourrait les pratiquer sur une aussi large échelle que les besoins de la cause le nécessitent. Le mieux vaut dans ces cas, avoir recours à un examen clinique, à une enquête familiale et dans tous les cas à la cuti-réaction. Si celle-ci est positive, la radiographie précisera la localisation et l'étendue de la lésion.

Enfin, dans une troisième série de cas, il y a des signes respiratoires. Il s'agit de savoir, si la nature et la cause de ces troubles est tuberculeuse. Seule la cuti-réaction combinée à la radiographie permettra dans ces cas d'éviter l'erreur de prendre pour la tuberculose une broncho-pneumonie banale, une bronchite, des végétations adénoïdes, une dilatation des bronches. Dans cette série il y a des cas particuliers; un enfant vient d'avoir la rougeole ou la coqueluche. S'agit-il d'une bronchopneumonie traînante ou d'une tuberculose. Ici, la cuti-réaction peut être négative, la radiographie donne des images semblables dans les deux cas. Heureusement l'enfant crache souvent au cours de ces états et la recherche du bacille peut être pratiquée dans l'expectoration. Sinon, ces

cas sont tout indiqués pour la recherche du bacille dans le liquide gastrique.

Il est évident que nous avons schématisé à outrance les éventualités qui se présentent en pratique. Leurs variétés sont innombrables. Nous voulons insister surtout sur le fait que bien souvent les troubles sont légers, la présomption faible. Dans ces cas, on ne saurait songer à faire pratiquer des recherches compliquées, coûteuses, nécessitant un temps très long. D'autre côté, il y a des cas où les troubles sont assez prononcés et la raison de supposer l'enfant tuberculeux, assez impérieux, pour que tout soit permis. Les cas de la première catégorie étant plus fréquents, il est naturel qu'on ait recours à des procédés simples, tels que la cuti-réaction. Avec cette réaction on a la chance d'avoir en mains un procédé facile et sensible, mais qui ne renseigne que sur l'existence d'une tuberculose. Elle doit donc être complétée par la radiographie à cause de l'insuffisance de la radioscopie.

La cuti-réaction et la radiographie sont donc les deux moyens d'investigation les plus importants de la tuberculose infantile. Les deux se complètent et sont indispensables. Les autres procédés préconisés ne sont utiles que dans les cas exceptionnels.

OBSERVATION

Observation n° 1

L'enfant vu..., âgé de 2 ans, entre à l'hôpital des Enfants-Malades le 28 mars 1927 pour état fébrile avec petite toux et dyspnée. L'examen clinique montre des râles de bronchite disséminés dans les deux poumons, surtout à gauche. Température à 38°5, les jours suivant même presque normale, atteignant à peine 38°2.

Cuti-réaction, le 1 avril, positive.

Radiographie, le 2 avril. Elle montre une image typique de granulie généralisée dans les deux poumons.

Le 10 avril, la température s'élève et reste en plateau avec de petites oscillations. L'état général devient très mauvais.

Le 21 avril, apparition d'une dyspnée intense, quelques signes méningés. Décédé le 30 avril.

Observation n° II

L'enfant Ri..., âgée de 1 an et demi, entre à l'hôpital le 28 juin 1927 pour toux avec dyspnée. Pas de température. L'auscultation ne décèle rien. La cuti-réaction pratiquée le 30 juin est positive.

Radiographie, le 1er juillet, montre image de granulie.

A partir du 5 juillet, la température monte, présentant une courbe irrégulière.

Le 20 juillet signes méningés.

Décédée, le 27 juillet.

Observation n° III

L'enfant Du..., âgé de 2 ans, entre à l'hôpital, le 23 novembre 1926 pour fièvre à grandes oscillations.

Rien à l'auscultation. Cuti-réaction positive.

Le 28 novembre râles disséminés dans les deux poumons.

Le 10 décembre, apparition d'un gros foyer à la base droite avec matité franche et râles humides.

Une radiographie montre des foyers disséminés dans les deux poumons et une condensation importante à la base droite.

Diagnostic: bronchopneumonie tuberculeuse.

Décédé le 20 décembre.

Autopsie: foyers caséeux disséminés et gros foyer de la même nature à la base droite.

Observation IV

L'enfant Ro..., âgé de 2 ans, entré à l'hôpital des Enfants-Malades, le 2 décembre 1926, pour toux continue et température oscillante entre 37 et 39° depuis 5 jours.

L'examen d'entrée montre peu de dyspnée. Etat général assez satisfaisant.

A l'auscultation, râles sous-crépitaux à la partie moyenne du poumon droit.

Mais les jours suivants apparaissent de la cyanose, de la polypnée avec abattement de plus en plus marqué. A l'auscultation les râles humides sont surtout abondants à la base droite et dans le reste du poumon droit. Les râles sont entendus par petits foyers. La radiographie montre: plusieurs foyers de bronchopneumonie droite à la base et de pommelures au dessus. A gauche rien. On pense à une broncho-pneumonie bacillaire; mais le cuti fait le 17 décembre est négative.

Décédé le 20.

A l'autopsie: broncho-pneumonie à foyer disséminé, confluant à la base droite avec gros ganglions inflammatoires non caséeux,

Observation n° V

L'enfant Br..., âgée de 2 ans. entre à l'hôpital des Enfants-Malades le 4 octobre 1921. L'enfant présente depuis trois jours une diminution progressive de l'appétit, des vomissements de la céphalée, de la somnolence et un état fébrile aux environs de 39°

Au moment de son entrée à l'hôpital, l'enfant se plaint de douleurs à l'oreille gauche et aux membres. Il n'existe aucun signe méningé. L'auscultation du poumon est négative, mais l'enfant tousse, surtout la nuit. Le foie et la rate sont gros. On note aussi une constipation opiniâtre.

Une hémoculture pratiquée le jour même de son entrée est négative. Le séro-diagnostic pour le bacille d'Eberth est négatif. Par contre, une cuti-réaction pratiquée le 13 octobre est positive. Une hémoculture, le 18 octobre se montre négative.

Le 27 octobre l'enfant se présente amaigri, pâle, avec une toux quinteuse. Il n'y a aucun signe méningé. L'auscultation décèle des râles fins disséminés. Une radiographie montre des marbrures péri-hilaires. Une légère diarrhée a fait suite à la constipation. Sur ces symptômes on fait le diagnostic de typho-bacillose.

L'enfant retourne dans sa famille le 27 octobre,

Observation n° VI

L'enfant Sa..., âgé de 1 an, entre à l'hôpital des Enfants-Malades le 31 octobre 1925. Il a une toux opiniâtre. Pas de fièvre. Rien à l'auscultation, submatité sous l'aisselle droite.

Cuti-réaction positive.

Radiographie le 6 novembre. Opacité massive de la moitié supérieure du poumon droit; faisant corps avec le hile. Hile gauche également élargi. Une nouvelle radiographie, pratiquée le 1er décembre, montre exactement la même image.

Diagnostic de lobite supérieure droite.

Observation n° VII

L'enfant La..., âgée de huit mois est amenée à l'hôpital parce qu'elle tousse depuis six jours. Elle transpire la nuit, elle maigrit, et elle a de la fièvre. Elle a été constipée jusqu'ici, mais le jour de son entrée à l'hôpital, le 5 janvier 1926, elle a eu trois selles jaunes, liquides.

Elle est née à terme, elle a été nourrie au sein jusqu'à 4 mois, puis au biberon. A toujours été bien portante. Père et mère bien portants.

Examen le 6 janvier: petits signes de rachitisme, quelques râles disséminés aux deux poumons.

Cuti-positive. Radiographie le 13 janvier. Marbrures très marquées irradiant des deux hiles.

Décédée le 22 janvier après avoir présenté un amaigrissement intense et une fièvre élevée, jusqu'à 51°5.

Observation n° VIII

L'enfant Xo., âgé de 15 mois, est amené l'hôpital pour état fébrile persistant, le 17 avril 1928. Température irrégulière jusqu'à 41°.

Aucun signe stéthacoustique.

Cuti-réaction positive.

Radiographie, le 27 avril: poumons pommelés avec hiles très élargis.

Décédé le 1er mai. A l'autopsie, on trouve des lésions typiques de tuberculose ganglio-pulmonaire, sans aucun signe de généralisation.

Observation n° IX

L'enfant Ra..., 2 ans, entre à l'hôpital le 2 octobre 1928, pour de la toux, de la fièvre et de l'inappétence. Cet état dure depuis 15 jours.

Antécédents personnels: rougeole et coqueluche sans complications.

Antécédents familiaux: parents bien portants, mais deux frères en traitement pour tuberculose,

6^e octobre. Cuti-réaction positive. Pas de signes cliniques pulmonaires.

12 octobre. Radiographie montre des hiles très élargis.

20 octobre. Auscultation : petit foyer de râles au sommet droit.

L'enfant quitte l'hôpital le 22 octobre.

Observation n° X

L'enfant Ma..., âgé de 1 an et demi, entre à l'hôpital le 28 avril 1925. Il présente un état fébrile allant jusqu'à 39°, des râles sur toute la hauteur du poumon droit et une cuti-réaction positive.

Radiographie le 2 mai: commencement de scissurite droite avec les deux poumons marbrés.

Le même état persiste jusqu'au 15 juin, date à laquelle l'enfant est emmené par ses parents. Sa température est toujours oscillante, l'amaigrissement continu.

L'enfant est suivi pendant deux ans par des radiographies successives. Le 6 juin 1925, la scissurite s'étend vers le haut. Le 4 juillet, tout le lobe supérieur est envahi. Le 8 octobre, la plage pulmonaire commence à s'éclaircir vers le bas. Sur les clichés du 28 janvier et du 20 février 1926 le processus de

guérison continu. Le 2 avril 1927, on ne voit plus qu'un hile droit élargi qui se prolonge un peu vers le sommet.

CONCLUSIONS

1° La tuberculose pulmonaire semble plus fréquente dans la première enfance qu'on le supposait autrefois. Cette opinion actuelle est la conséquence du perfectionnement des moyens de diagnostic.

2° Parmi les procédés d'investigation, nous avons retenu surtout la cuti-réaction et la radiographie que nous croyons constituer la base essentielle du diagnostic de la tuberculose pulmonaire chez le jeune enfant.

L'examen clinique ne peut donner que des présomptions, il demande toujours à être complété par des moyens plus sûrs.

L'enquête familiale n'a de la valeur que si elle est positive, sa négativité ne doit pas faire éliminer la possibilité de la tuberculose.

3° Parmi les moyens de laboratoire, la recherche du bacille de Koch, n'est pas toujours aisée à pratiquer. En dehors des cas exceptionnels où l'on peut recueillir un crachat, les recherches dans les selles et dans le liquide gastrique ne sont pas susceptibles

d'entrer dans la pratique courante. Ces procédés n'ont que des indications d'exception.

4° A cause de la facilité de leur pratique et la précision de leurs renseignements, c'est donc avant tout à la cuti-réaction et à la radiographie qu'on doit recourir dans les cas courants.

Vu :

Le Doyen,

BALTHAZARD.

Vu :

Le Président de Thèse,

NOBECOURT

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY

BIBLIOGRAPHIE

- APERT. — Diagnostic de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant des premières années (*Revue Méd. Fr.*, Déc. 1929).
- ARMAND-DELILLE et LESTOCQUOY. — Notes sur les principaux aspects anatomiques de la tuberculose pulmonaire des jeunes enfants au point de vue de l'interprétation des radiographies.
- ARMAND-DELILLE et VIBERT. — *Presse méd.*, 30 mars. 1927.
- BERNARD, BARON et BIGART. — La cuti-réaction. Valeur diagnostique et valeur pronostic de la tuberculose chez les enfants du premier âge (*Acad. Méd.* 5 Oct. 1920).
- BERNARD et DEBRÉ. — Un cas de tuberculose du nourrisson déposé par l'apparition simultanée des signes cliniques, radiologiques et biologiques (*Soc. Méd. Hôp. Paris* (24 Déc. 1920).
- DELHERM et LAQUERRIÈRE. — *Monde Méd.*, 1er Nov. 1930.
- LAQUERRIÈRE. — Les aspects radiologiques de la tuberculose au début chez l'enfant (*Revue Méd., Française*, Février 1927 ; — Signes radiologiques de la tuberculose hilare de l'enfant. (*J. de Radiologie et Electrolologie*, Sept. 1926).
- MÉRY, DÉTRÉ et DESMOULINS. — Les aspects radiologiques de la tuberculose au début chez l'enfant (*Presse médicale*, 19 Mars 1921).

MARFAN. — Leçons cliniques : la tuberculose dans la première enfance. (*Paris*, 1925). 6

NOBÉCOURT. — Les réactions négatives à la tuberculose dans les pneumopathies des enfants (*Progrès Méd.*, 21 Janv. 1922).

NOBÉCOURT. — Précis de médecine des enfants.

RIBADEAU-DUMAS. — Les images radiologiques de la tuberculose pulmonaire de l'enfant. Tuberculose et réactions péricuberculeuses (*Revue de la tub.*, 1923, n° 1).

RIBADEAU-DUMAS et DEBRÉ. — Tuberculose de la première enfance (*Paris Méd.*, 1913).

RIST. — *Journal Méd. Fr.*, 15 Août 1913.

TURQUÉTY. — Le diagnostic de la tuberculose du nourrisson par la cutiréaction à la tuberculine (*Concours Méd.*, 1924, p. 2822).

